

PENGAMBILAN KEPUTUSAN *DO NOT RESUSCITATE (DNR)* PADA PASIEN *END OF LIFE (EOL)* DITINJAU DARI PERSPEKTIF TENAGA KESEHATAN

Ridal Sagala¹, Universitas Audi Indonesia, Medan, Indonesia

ARTICLE INFORMATION

Received: October, 02, 2025

Revised: October, 12, 2025

Available online: October, 30, 2025

KEYWORDS

Dirrevitalisasi, Akhir Hidup, Pengambilan Keputusan, tenaga kesehatan

CORRESPONDENCE

E-mail: ridalsagala@yahoo.com

A B S T R A C T

The goals of decision making process about Do Not Resuscitate orders (DNR) are supporting of the patient or family and preventing futile medical interventions. Health professionals can experience challenges and difficulties when making decision about DNR. The exploration of the decision-making process is therefore crucial. This study aimed to explore in-depth the decision making of DNR among End of Life (EoL) patients within inpatient area from the perspective of health worker. A qualitative descriptive phenomenology study was conducted that recruited 13 respondents that consisted, 6 medical doctors, and 7 staff nurses within purposive sampling. Data collection used in-depth interviews with face to face and video calls, and data analysis followed the Colaizzi's method. From the perspective of medical doctors, nine themes were identified consideration of determining actions, initiating communication and providing related to information, shared decision making, psychological considerations of patients and families, cultural considerations, family education about the patient's condition, time constrains, financial considerations, and belief in miracles. Futhermore, seven themes emerged from interview finding of staff nurses that covers information and communication process, decision making is the autonomy of family, consideration of determining actions, physician's personal barriers, time constrains, the family is not ready to lose, and beliefs on miracles. The findings of this study highlighted providing communication and sharing information were ineffective and inadequate. Several barriers factors were also found related to culture and religious beliefs and values, lack of knowledge and formal training, time constrains, caring experience, and financial consideration. Findings thus suggest health practitioners need to improve their ability to provide adequate information, to sharing and to perform an effective communication. Assessing appropriate and providing standards of operational procedure is essential to be done in order to improve communication styles and facilitate a shared decision making, partcularly in DNR decision making for EoL patients. Keywords: Revitalized, End of Life, Decision Making, healthcare workers

A B S T R A K

Dalam proses pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* bertujuan mendukung otonomi pasien atau keluarga serta mencegah intervensi medis yang sia-sia. Namun seringkali tenaga kesehatan mengalami tantangan dan kesulitan saat membuat keputusan tentang DNR. Oleh karena itu eksplorasi proses pengambilan keputusan pada pasien melibatkan petugas

kesehatan menjadi sangat penting. Penelitian ini bertujuan menggali secara mendalam tentang pengambilan keputusan *DNR* pada pasien *End of Life (EoL)* di area rawat inap ditinjau dari perspektif tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif fenomenologi deskriptif diikuti 13 responden yang terdiri dari 6 responden dokter dan 7 responden perawat yang diambil dengan *purposive sampling*. Pengumpulan data dengan *in depth interview face to face* dan *video call*, dan analisa data menggunakan metode Colaizzi. Hasil penelitian didapati 9 tema dari responden dokter yaitu pertimbangan penentuan tindakan, perlunya inisiasi komunikasi dan pemberian informasi, pengambilan keputusan harus dilakukan bersama, mempertimbangkan psikologi pasien dan keluarga, pertimbangan budaya dan tradisi, pendidikan keluarga tentang kondisi pasien, keterbatasan waktu, pertimbangan finansial, keyakinan terhadap mujizat. 7 tema dari responden perawat yaitu proses komunikasi informasi, pengambilan keputusan adalah otonomi keluarga, pertimbangan penentuan tindakan, hambatan personal dokter, keterbatasan waktu keluarga berpikir, keluarga belum siap kehilangan, nilai dan keyakinan berharap mujizat. Temuan penelitian bahwa proses komunikasi dan penyampaian informasi belum efektif dan belum adekuat. Beberapa faktor penghambat yang ditemukan terkait budaya, keyakinan dan nilai-nilai agama, kemudian kurangnya pengetahuan, keterbatasan waktu, pengalaman, serta keterbatasan finansial. Saran bagi petugas kesehatan perlu meningkatkan kemampuan berkomunikasi informasi efektif dan adekuat yang sesuai dengan standar prosedur operasional, serta memfasilitasi pengambilan keputusan bersama sehingga dapat meningkatkan pelayanan dalam pengambilan keputusan *DNR* bagi pasien *EoL*.

Kata Kunci : *Direvitalisasi, Akhir Hidup, Pengambilan Keputusan, tenaga kesehatan*

PENDAHULUAN

Pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* merupakan bagian integral dari *End of Life Care (EoLC)* yang bertujuan menghindari intervensi medis yang sia-sia, sehingga pasien dapat menghadapi kematian dengan tenang dan bermartabat, dan dalam pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pada pasien *End of Life (EoL)* dianggap penting karena berfokus pemberian rasa nyaman, pengurangan rasa nyeri, peningkatan kualitas hidup pasien, sehingga pasien dapat menghadapi kematian dengan hormat dan bermartabat (Roze, Sharma, Heyland, & You, 2015). Ada beberapa langkah yang dilakukan dalam proses pengambilan keputusan, dimana tenaga kesehatan akan diskusi dengan pasien ataupun keluarga tentang prognosis dan tujuan perawatan, tenaga kesehatan akan menjelaskan prognosis perawatan pasien, kemudian tenaga kesehatan akan diskusi sesuai dengan referensi pasien ataupun keluarga, dan yang terakhir pasien ataupun keluarga akan menghasilkan suatu keputusan (Stiggelbout, Pieterse, & De Haes, 2015).

Namun pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pada pasien *End of Life (EoL)* masih menjadi hal yang sulit untuk dilakukan oleh keluarga ataupun tenaga kesehatan. Dalam penelitian Gibbs et al. (2016) mengemukakan bahwa perbedaan perspektif biasanya dipengaruhi banyak faktor antara lain sikap, budaya, pendidikan, ekonomi serta peran keluarga dan peran sosial. Dalam penelitian Almansour, Seymour, and Aubeeluck (2019) kesulitan dalam pengambilan keputusan karena tidak pahamnya keluarga tentang prognosis dan prosedur mengenai *End of Life Care (EoLC)*. Salah satu faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pada pasien *End of Life (EoL)* adalah perspektif dari masing-masing individu yang berbeda beda sehingga diperlukan strategi dalam memahami pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pada pasien *End of Life (EoL)* adalah dengan mengkaji secara mendalam tentang pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pada pasien *End of Life (EoL)* khususnya ditinjau dari perspektif tenaga kesehatan.

Pada studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di salah satu rumah sakit swasta, berdasarkan catatan medical record tahun 2017 bahwa angka kematian di area rawat inap *non critical* sebanyak 38 orang, dan pada tahun 2018 angka kematian di area rawat inap *non critical* meningkat menjadi 66 orang, usia pasien berkisar 65 tahun keatas dengan penyakit kronis dan terminal seperti kanker, pnemonia, gagal ginjal, gagal jantung, perdarahan

intrakranial, stroke berulang yang disertai DM dan Hipertensi, kemudian didapati 3 pasien yang mempunyai dokumentasi lengkap tentang *Do Not Resuscitate (DNR)*. Meningkatnya angka kematian setiap tahunnya di area rawat inap *non critical*, kemudian kurangnya catatan terdokumentasi secara lengkap menunjukkan perlunya menggali secara mendalam tentang pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pada pasien *End of Life (EoL)* di area rawat inap dilihat dari perspektif tenaga kesehatan.

Kemudian berdasarkan pengalaman peneliti yang pernah bekerja di ruang rawat inap bahwa dalam beberapa kasus pasien dengan kondisi *End of Life (EoL)*, kurang jelasnya penegakan diagnosa dari tenaga kesehatan sehingga keluarga mengatakan kurang mengetahui atau kurang informasi tentang prognosis penyakit, keluarga tidak terlibat dalam perawatan pasien, keluarga tidak tahu ataupun tidak paham tentang tindakan yang dilakukan, yang membingungkan pasien ataupun keluarga. Akhirnya keluarga cenderung menyerahkan pengambilan keputusan kepada tenaga kesehatan. Keluarga hanya mengucapkan “siapa memberikan yang terbaik” tanpa mengetahui kriteria terbaik seperti apa yang diinginkan pasien ataupun keluarga itu sendiri, dan pengambilan keputusan yang merupakan hak otonom pasien ataupun keluarga jadi terabaikan. Pengalaman lainnya yang dialami peneliti adalah pasien dengan prognosis penyakit memburuk dan kondisi yang menurun lebih memilih perawatan di area rawat inap dengan menandatangani surat perjanjian (*Inform Consent*) yaitu permintaan sendiri perawatan di rawat inap, tetapi menunda untuk membuat keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)*.

METODE

Desain Penelitian

Metode penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Dalam penelitian ini, peneliti ingin menggali secara mendalam tentang pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pada pasien *End of Life (EoL)* ditinjau dari perspektif tenaga kesehatan

Responden

Responden tenaga kesehatan terdiri dari 6 responden dokter dan 7 responden perawat, yang diambil sesuai dengan kriteria inklusi yaitu tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter dan perawat yang mempunyai pengalaman dalam pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate*

(DNR) pada pasien *End of Life (EoL)* di area rawat inap. Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*.

Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan pada bulan Mei- Juni 2025, dan data dikumpulkan dengan *in depth interview* secara *face to face* dan *video calling* sesuai dengan kesepakatan dengan responden. Peneliti terlebih dahulu mengurus perijinan pelaksanaan etik penelitian dari Komisi Etik Penelitian Universitas Audi Indonesia dan dari diklat Rumah Sakit responden untuk mendapatkan surat ijin penelitian.

Analisa data

Analisa data dilakukan dengan menggunakan metode Colaizzi, dimana validasi hasil akhir penelitian dilakukan oleh responden, sehingga apa yang ditulis oleh peneliti sesuai dengan apa yang dimaksudkan responden. Metode Colaizzi dapat menganalisis fenomena dan mendapatkan kemudahan serta fleksibilitas dalam menganalisis data (Suryani, Welch, & Cox, 2016) terdiri dari 7 tahapan yaitu: *Acquiring a sense of each transcript* (mendapat esensi dari setiap transkrip), *extracting significant statement* (mengeksktrak pernyataan penting), *formulating meaning from significant statement* (merumuskan makna pernyataan yang signifikan), *organizing formulated meanings into cluster of them* (mengorganisir makna yang dirumuskan menjadi kumpulan tema), *writting an exhaustive description of the phenomenom* (menulis deskripsi lengkap tentang fenomena tersebut), *describing the fundamental structure of the phenomenom* (menggambarkan struktur dasar fenomena tersebut), *returning to the partisipant* (mendatangi kembali responden).

HASIL PENELITIAN

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa perspektif tenaga kesehatan dideskripsikan dalam perspektif dokter dideskripsikan dalam 9 tema yang terkait yaitu: 1) Pertimbangan penentuan tindakan. 2) Inisiasi komunikasi dan pemberian informasi. 3) Pengambilan keputusan bersama terdiri dari 2 subtema keputusan diambil oleh keluarga dan keputusan diskusi antara dokter dan keluarga. 4) Pertimbangan psikologi pasien dan keluarga. 5) Pertimbangan budaya dan tradisi. 6) Pendidikan keluarga tentang kondisi pasien. 7) Keterbatasan waktu. 8) Petimbangan finansial. 9) Nilai-nilai dan keyakinan terhadap adanya mujizat. Kemudian perspektif perawat dideskripsikan dalam 7 tema yang terkait yaitu: : 1) Proses komunikasi informasi terdiri dari 5 subtema yaitu komunikasi informasi wewenang dokter, pengambilan keputusan *DNR* perawat bertanya ke dokter, penyampaian komunikasi

informasi oleh dokter, perawat meminta *inform consent* serta fokus pada perawatan akhir pasien dan keluarga lebih percaya pada penjelasan dokter. 2) Otonomi pengambilan keputusan ditangan keluarga. 3) Pertimbangan penentuan tindakan. 4) Hambatan personal dokter. 5) Keterbatasan waktu keluarga untuk berpikir. 6) Keluarga belum siap kehilangan. 7) Keyakinan Terhadap Adanya mujizat.

Hasil Tema Responden Dokter

Tema 1: Pertimbangan Penentuan Tindakan

Tema "*Pertimbangan Penentuan Tindakan*" diungkapkan oleh semua responden dokter RD1, RD2, RD3, RD4, RD5, dan RD6. Para responden dokter mengungkapkan bahwa dalam pengambilan keputusan DNR mempertimbangkan kasus penyakit dan kondisi pasien seperti kasus terminal dengan angka keselamatan kecil, kasus kematian batang otak dengan keberhasilan kecil, dan kasus sosial dimana keluarga yang meminta dengan pertimbangan mereka sendiri. Berikut ini ungkapan responden dibawah ini:

RD1.1 "DNR artinya tidak dilakukan tindakan resusitasi pada pasien kondisi angka keselamatannya kecil contoh kasus terminal, kasus kematian batang otak mengingat angka keberhasilannya kecil, kasus sosial contohnya keluarga meminta, atas pertimbangan mereka sendiri, jadi mereka tidak sanggup melihat keluarganya diberlakukan seperti itu.."

Pernyataan ini juga diungkapkan responden dokter RD2, RD3, RD4, RD5 dan RD6 bahwa tindakan disarankan pada pasien dengan penyakit berat atau kasus terminal yang tidak mempunyai kesembuhan penyakit dan kondisi pasien cenderung menurun. Berikut ini ungkapan responden dibawah ini:

RD2.1 "Kita tidak perlu untuk melakukan pertolongan jantung paru pada penyakitnya yang berat, artinya dalam bahasa umumnya itu state akhir state terakhir dan.. tidak punya kesembuhan penyakitnya, apa lagi kondisi pasien yang cenderung menurun dan tidak akan bisa kembali lagi.."

RD3.1 "Jadi DNR ini diberikan kepada pasien dengan kondisi tertentu, misalnya pasiennya terminal atau pasiennya ini dalam kondisi penyakitnya ini tidak reversibel lagi, atau pasien ini kemungkinan untuk hidupnya juga sudah tidak layak seperti normal lagi, sehingga diambil tindakan untuk DNR.."

RD4.1 "..Jadi kalau pengertian saya mengenai DNR, untuk kasus-kasus tertentu terminal case.."

RD5.1 "Jadi DNR biasanya dilakukan pada kondisi pasien pasien dengan kasus terminal misalnya kasus penyakit terminal, yang obat-obatan sudah maksimal di berikan.."

RD6.1 “Kalau misalnya dari saya melihat untuk pengambilan keputusan DNR, yang pasti melihat dari kondisi pasien itu yang paling pertama, karena kalau misalnya pasiennya kondisinya sudah berat, terus habis itu kemungkinan besar untuk sembuhnya ga ada, ataupun bukan untuk kemungkinan sembuh, kemungkinan untuk kembali ke rumah juga kadang suka ga ada, ditambah lagi yang kedua ya penyakit sakitnya sudah agak lama..”

Tema 2: Inisiasi komunikasi dan pemberian informasi

Tema “*Inisiasi Komunikasi dan pemberian Informasi*”. diungkapkan oleh 4 responden dokter RD1, RD2, RD3 dan RD4. Para responden dokter mengungkapkan bahwa komunikasi informasi pengambilan keputusan DNR sudah dari awal harus diinformasikan ke keluarga karena pengambilan keputusan DNR tidak gampang, membutuhkan waktu untuk berpikir. Berikut ungkapan responden dibawah ini:

RD1.3 “Diterangkan itu pada saat diketahui dari awal, awal kita harus sudah soundingkan kepada keluarga, karena DNR itu tidak gampang jadi kita sampaikan dan mereka perlu waktu untuk berunding jadi lebih bagus jangan tiba-tiba dibicarakan atau disampaikan kepada keluarga”

RD3.11 “Sebenarnya harusnya dari awal sudah diberikan kemungkinan penyakitnya, misalnya nanti bakal henti jantung dan paru, sehingga ada kemungkinan untuk tindakan DNR dilakukan, karena kalau dari awal keluarga mengerti, nggak kaget langsung, ada waktu untuk berpikir..”

Kemudian responden dokter RD2 dan RD4 mengungkapkan bahwa komunikasi informasi seharusnya diberitahu ke keluarga sejak awal pada saat perburukan penyakit bukan pada saat penurunan kondisi. Berikut ini pernyataannya:

RD4.12 “DNR itu dari awal, pada waktu sudah ditegakkan diagnosa seperti itu, yang harus ngejelasin dokter DPJP nya, atau dokter yang menanganinya harus menjelaskan, karena DNR itu sebenarnya adalah proses kesiapan mental, bukan pada waktu ujuk-ujuk DNR, ga bisa, keluarganya juga ga siap mental untuk kasus-kasus terminal, kasus-kasus yang diperkirakan seperti gagal ginjal juga begitu yah, terminal case..”

RD2.9 Perburukan dari penyakit sih seharusnya, bukan pada saat pasien itu sedang menurun kondisinya ada penjelasan, tapi paling tidak ada informasi awal lah, jadi sudah diberitahu sebelumnya ke keluarga, jadi kalau pun kondisi terakhir memang saat yang memang betul-betul tidak bisa lagi, tinggal tanyakan lagi, gimana kita sudahi saja? belum ada putusan setuju yah..”

Tema 3: Pengambilan Keputusan Bersama

Tema “*Pengambilan Keputusan Bersama*” terdiri dari 2 subtema yaitu 1) Keputusan diambil oleh keluarga. 2) Keputusan diskusi antara dokter dan keluarga.

Keputusan DNR ditangan keluarga

Subtema “*Keputusan DNR ditangan keluarga*” diungkapkan 3 responden dokter RD2, RD3 dan RD6. Para responden dokter mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan dilakukan secara

penuhi oleh keluarga, dan keluarga menandatangani secara standar dan bertanggungjawab. Berikut pernyataannya:

RD6.15 “Keluarga yang mengambil keputusan DNR, keluarga yang mengambil keputusan full, kalau mereka sudah menandatangani secara standar, dan secara bertanggung jawab bahwa jika terjadi sesuatu apa-apa sama pasien, tidak perlu dilakukan resusitasi seperti itu, bukan pas lagi kita CPR, kita mau stop disuruh keluarganya DNR, kalau menurut saya bukan itu, tapi sebelum terjadi resusitasi, kita sudah langsung minta tanda tangan..”

Pernyataan yang sama juga diungkapkan responden dokter RD3 bahwa pengambilan keputusan DNR adalah otonomi pasien, dan dokter mempertimbangkan keadaan pasien. Berikut ini pernyataannya:

RD3.2 “Ini juga ada beberapa kasus dimana keluarga atau pasien itu sendiri, kita mempertimbangkan juga hak otonomi dari pasien untuk memilih apakah dia akan dilakukan tindakan resusitasi atau tidak..”

Kemudian pernyataan dari responden dokter RD2 mengungkapkan bahwa pasien sudah mengerti sakitnya dan meminta saat nanti waktunya tidak mau dibantu.

RD2.7 “Ada kadang-kadang pasien sudah mengerti sakitnya apa, dan dia minta nanti sudah waktunya dia tidak mau dibantu, ada ya..”

Keputusan diskusi antara dokter dan keluarga

Subtema “Keputusan diskusi antara dokter dan keluarga” diungkapkan 3 responden dokter RD1, RD2, dan RD3. Para responden dokter mengungkapkan keputusan dibuat dengan diskusi dengan kedua belah pihak yaitu dokter dan keluarga. Berikut pernyataannya:

RD1.2 “Jadi ada kedua belah pihak, yang satu dari dokternya, menyarankan untuk tidak dilakukan, dengan melihat kasusnya, yang kedua bisa dari pasien itu sendiri maksudnya dari keluarga pasien itu sendiri..”

Pernyataan ini juga diungkapkan responden dokter RD2 bahwa keputusan didiskusikan dengan keluarga. Berikut pernyataannya:

RD2.3 “Tapi memang harus didiskusikan lagi untuk pengertiannya terhadap keluarga mengenai DNR ini, kalau memang...ada juga sih misalnya, dokter sudah menjelaskan kalau begini akhirnya juga tidak akan kembali, yah.. tapi keluarga kadang-kadang ada yang mau maksimal, kadang-kadang ada yang tetap sampai terakhir pernafasan, kalau sudah prosesnya itu, ya sudah..”

Kemudian responden dokter RD3 mengungkapkan bahwa keputusan dari pasien dan juga dokter, dimana dokter mempertimbangkan keadaan pasien. Berikut ini pernyataannya:

RD3.3 “Jadi berdasarkan keputusan pasien, dan juga dari dokter, keputusan dokter itu mempertimbangkan keadaan pasien itu sendiri..”

Tema 4: Pertimbangan Psikologi Pasien dan Keluarga

Tema “Pertimbangan Psikologi Pasien Dan Keluarga” diungkapkan oleh 3 responden dokter RD4,

RD5, dan RD6. Para responden dokter mengungkapkan bahwa dokter memperhatikan kualitas mental pasien dan keluarga. Berikut ini pernyataannya:

RD4.2 “Sebenarnya DNR memerlukan kualitas mental pasien dan kualitas mental keluarga dan mungkin dari segi pembiayaan apalagi kalau pasien terminal case, keluar uang dana banyak, padahal kasusnya mereka tahu hasilnya tidak membaik..”

Selanjutnya responden dokter RD5 dan RD6 mengungkapkan bahwa dokter akan menganalisa psikologi pasien dan keluarga, jika pasien belum bisa menerima maka akan dijelaskan kepada keluarga, tetapi paling idealnya dijelaskan kepada pasien. Berikut ini pernyataannya:

RD5.9 “Kalau misalnya dianalisa dokter juga kan, kalo memang oleh dokter menganalisa, bahwa kondisi psikologis pasien tidak bisa menerima kenyataan yang akan dijelaskan, ya mungkin dijelaskan dulu kepada anggota keluarga yang terdekat, tetapi paling ideal sih kalau bisa dijelaskan kepada pasien lebih bagus, tetapi tidak selalu kita bisa menjelaskan kepada pasien..”

RD6.16 “Kan kita bisa tau jalan penyakitnya, taruhlah kayak si P lah, sebenarnya kalau saya bikin DNR kan itu ya fine-fine aja ya, karena si P nya juga sudah berat waktu itu, tapi permasalahan, karena pertimbangan psikologis keluarga, mau ga mau ya, kita lakukan yang maksimal..”

Tema 5: Pertimbangan Budaya Dan Tradisi

Tema “*Pertimbangan Budaya Dan Tradisi*” diungkapkan oleh 1 responden dokter yaitu RD5. Responden dokter RD5 menyatakan bahwa terkadang dokter tidak menginformasikan mengenai DNR karena adanya faktor budaya di mana dokter dituntut untuk berusaha semaksimal mungkin. Berikut ini pernyataannya:

RD5.11 “Kemudian yang kedua faktor budaya juga, mungkin karena kita harus berusaha semaksimal mungkin, jadi kadang-kadang tidak memberitahukan, walaupun kondisinya sudah terminal, jadi kadang-kadang kami dokter jaga yang harus menanyakan kepada DPJP, setelah DPJP mengatakan iya, terpaksa barulah kami yang menyampaikan kepada keluarga pasien, padahal itu sebenarnya seharusnya bagian dari DPJP yang harus menyampaikan, tapi selalu diingatkan kepada dokter jaga, kondisinya baru disampaikan”

Tema 6: Pendidikan Keluarga Tentang Kondisi Pasien

Tema “*Pendidikan Keluarga Tentang Kondisi Pasien*” diungkapkan oleh 1 responden dokter RD3. Responden dokter RD3 menyatakan bahwa dari segi pendidikan, pasien kurang mengerti tentang penyakitnya dan edukasi kurang dilakukan kepada keluarga sehingga

keluarga kurang mengerti keadaan pasien. Berikut ini pernyataannya:

RD3.7 “Jadi mungkin ada juga yang dari segi pendidikannya, dia kurang mengerti tentang penyakitnya, atau mungkin edukasinya kurang kepada pasiennya, sehingga dia kurang mengerti keadaan pasiennya ini sebenarnya, kemungkinan hidupnya, serta kemungkinan fungsi hidupnya setelah dia misalnya rest of spontan circulation lagi, tapi sebenarnya fungsi hidupnya sudah bergantung kepada ventilator..”

Tema 7: Keterbatasan Waktu

Tema “Keterbatasan Waktu” diungkapkan oleh 2 responden dokter RD4 dan RD6. Responden dokter RD4 menyatakan adanya kendala waktu untuk bertemu dengan anggota tim lainnya, tidak pernah bertemu walaupun satu tim dalam memberikan perawatan terhadap pasien. Berikut ini pernyataannya:

RD4.9 “Untuk memutuskan DNR kalau dokternya udah banyak, ya DPJP utamanya yang memutuskan, tapi kendalanya kadang suka ya satu yang putuskan, dikarenakan memang ga pernah ketemu walaupun mereka satu tim, yang satu ngomong belum, yang satu ngomong sudah terakhir, bingung sendiri, kembali lagi DNR, ya akhirnya dokter jaga..”

Kemudian RD6 menyatakan bahwa DPJP memiliki waktu yang padat sehingga kurang maksimal dalam memberikan penjelasan DNR. Berikut ini pernyataannya:

RD6.9 “Saya pikir cenderung waktu, mereka yang agak sedikit lebih padat, daripada dokter jaga, kalau misalnya mereka itu masih dituntut lagi ada poli-poli, mereka juga pasiennya banyak, belum lagi kalau misalnya DPJP luar, mereka harus pergi ketempat praktek mereka yang lain, ya mungkin lebih kearah sana, tambah lagi visit itu kadang-kadang tergesa-gesa, keluarga pas lagi ga ada, ya lebih kearah situ..”

Tema 8: Pertimbangan Finansial

Tema “Pertimbangan finansial ” diungkapkan oleh responden dokter RD4. Responden dokter RD4 menyatakan bahwa pengambilan keputusan DNR perlu mempertimbangkan masalah biaya dari pasien dan keluarga terutama pada kasus terminal di mana pasien telah mengeluarkan banyak biaya namun hasilnya tidak kunjung membaik. Berikut pernyataannya:

RD4.2 “Sebenarnya DNR itu juga perlu untuk kualitas, kualitas mental pasien dan kualitas mental keluarga dan juga mungkin dari segi pembiayaan apalagi kalau pasien terminal case, keluar uang dana banyak, padahal kasusnya mereka tahu kalau itu hasilnya juga tidak membaik, jadi kita perlu juga memberitahu alternative seperti itu..”

Tema 9: Nilai-Nilai Dan Keyakinan Terhadap Adanya Mujizat

Tema “*Nilai-Nilai Dan Keyakinan Terhadap Adanya Mujizat*” diungkapkan oleh responden dokter RD6. Responden mengungkapkan bahwa dalam pengambilan keputusan DNR tidak menutup kemungkinan adanya mujizat. Berikut ini pernyataannya:

RD6.13 “Dalam masa-masa akhirnya itu, dan tidak menutup kemungkinan yang namanya mujizat itu ada, kita ga tau itu, kita bilang itu yah kalau melihat dari kondisi sekitar sehari lagi, e..taunya bisa sampai 1 minggu, itukan mujizat, itu yang kadang tidak ada, ya mungkin kurang dari kita untuk memberikan penjelasan seperti itu..”

Hasil Tema Responden Perawat

Pengambilan keputusan Do Not Resuscitate (DNR) pada pasien End Of Life (EOL) ditinjau dari perspektif perawat dideskripsikan dalam 7 tema yang terkait yaitu: 1) Proses komunikasi informasi terdiri dari 5 subtema yaitu komunikasi informasi wewenang dokter, pengambilan keputusan DNR perawat bertanya ke dokter, penyampaian komunikasi informasi oleh dokter, perawat meminta inform consent serta fokus pada perawatan akhir pasien dan keluarga lebih percaya pada penjelasan dokter. 2) Otonomi pengambilan keputusan ditangan keluarga. 3) Pertimbangan penentuan tindakan. 4) Hambatan personal dokter. 5) Keterbatasan waktu keluarga untuk berpikir. 6) Keluarga belum siap kehilangan. 7) Keyakinan Terhadap Adanya mujizat.

Tema 1: Proses Komunikasi Informasi

Tema “Proses Komunikasi Informasi” terdiri dari 5 subtema yaitu : 1)Komunikasi informasi wewenang dokter. 2) Pengambilan keputusan DNR perawat bertanya ke dokter. 3) Penyampaian komunikasi informasi oleh dokter. 4) Perawat meminta inform consent serta fokus pada perawatan akhir pasien. 5) Keluarga lebih percaya pada penjelasan dokter.

Komunikasi informasi wewenang dokter

Subtema “*Komunikasi informasi wewenang dokter*” diungkapkan responden perawat RP2 dan RP5. Responden RP2 mengungkapkan bahwa seharusnya dokter yang harus penyampaian komunikasi dan informasi tentang DNR adalah wewenang dokter. Berikut pernyataannya:

RP2.5 “..Dokter berwenang untuk menjelaskan seperti apa penyakit mereka makanya diputuskan DNR..”

Kemudian pernyataan diatas didukung oleh responden 5 bahwa dokter merupakan pencetus pertama dalam pengambilan keputusan DNR. berikut pernyataannya:

RP5.1 “Biasa pengambilan keputusan untuk DNR itu dicetuskan oleh dokter..”

Biasanya perawat yang bertanya ke dokter

Subtema “*Biasanya perawat yang bertanya ke dokter*” diungkapkan responden perawat RP1. Responden RP1 mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan DNR yang biasa terjadi dimana perawat yang menanyakan langsung ke DPJP, dokter jarang mengusulkan, keluarga juga jarang meminta. Berikut pernyataannya:

RP1.1 “Menurut saya keputusan DNR itu biasanya perawat yang menanyakan langsung ke DPJP dan yang sering terjadi biasanya seperti itu, menurut pengalaman saya jarang dokter yang dahulu mengusulkan apakah pasien itu DNR, keluarga jarang yang mengusulkan terlebih dahulu apakah dilakukan DNR atau tidak, walaupun seharusnya dokter yang harus menjelaskan DNR..”

Penyampaian komunikasi dan informasi oleh dokter

Subtema “*Penyampaian komunikasi dan informasi oleh dokter*” diungkapkan responden perawat RP2, RP3 dan RP4. Responden RP1 mengungkapkan bahwa dokter akan menjelaskan ke keluarga bahwa pasien sudah terminal, dan memberikan pilihan DNR atau tidak, kalau keluarga setuju maka akan menandatangani persetujuan DNR Berikut pernyataannya:

RP2.1 “Dokter biasanya sudah menjelaskan kepada keluarga, lalu dokter nanti akan menulisnya apakah pasien ini DNR atau tidak, kalau pasiennya DNR, kita akan minta persetujuan kepada keluarga, kalau keluarga sudah menandatangani, ya di pasanglah gelang ungu tersebut, untuk menyatakan bahwa pasien DNR..”

Selanjutnya pernyataan yang sama diungkapkan responden perawat RP3 dan RP4 bahwa dokter akan lebih dahulu memberikan penjelasan ke keluarga. Berikut ini pernyataannya:

RP3.1 “Pasien DNR itu dilakukan setelah dokter menilai pasien itu tidak memungkinkan untuk dipertahankan hidupnya, dan itu dengan hasil yang menunjang, mungkin dengan penyakit kronis atau dengan kanker yang sudah metastase, jadi dokter itu akan menilai, dan kalau sudah jelas itu tidak memungkinkan untuk dilakukan tindakan yang maksimal, dokter pasti akan menerangkan ke keluarga, awalnya keadaannya dulu, bagaimana hasilnya, seperti apa, walaupun dilakukan tindakan seperti apapun itu, tingkat kehidupannya minimal atau imposible..”

RP4.1 “Di tempat saya bekerja biasanya kalau yang DNR itu, dokter akan melihat kondisi pasien dulu, melihat prognosisnya pasien, kalau sudah dilihat pasien kemungkinan kecil, susah untuk sembuh, dan pasien sudah usia lanjut terus diagnosanya juga sepertinya sudah komplikasi..”

Perawat meminta inform consent dan fokus perawatan tahap akhir pasien

Subtema “Perawat meminta inform consent dan fokus perawatan tahap akhir pasien” diungkapkan responden perawat RP4, RP5, RP6 dan RP7. Responden RP6 mengungkapkan dokter yang sudah menjelaskan dari awal mengenai DNR, maka form DNR disiapkan, pasien difokuskan pada perawatan tahap akhir kehidupan. Berikut pernyataannya:

RP6.9 “Ada juga dokter yang langsung DNR, mengatakan udah, oh ini mah harapan hidupnya tipis ya udahlah kita bikin DNR aja, baru perawatnya kita siapkanlah 3 form untuk menuju tahap akhir, dan dokternya juga sudah menjelaskan kepada keluarganya, merekapun lebih terfokus pada tahap akhirnya kehidupan pasien itu, dan keluarganya udah di persiapkan..”

Kemudian responden perawat RK4 mengungkapkan bahwa perawat tinggal memberikan pendekatan setelah dokter menjelaskan DNR. Berikut pernyataannya:

RK4.10 “Dokter yang lebih dulu memberikan keterangan prognosis penyakit sehingga keluarga mengerti dan kita sebagai perawat tinggal memberikan pendekatan kepada pasien, pengertian supaya mereka juga bisa menerima kondisi keluarga ataupun orang-orang terdekat mereka”

Pernyataan yang sama juga diungkapkan RK5 dan RK6 bahwa keluarga akan diminta tanda tangan persetujuan DNR setelah dokter menjelaskan tentang DNR. berikut pernyataannya:

RP5.2 “Setelah di kasih penjelasan kepada keluarga bahwa ini adalah kasus terminal, ada kontraindikasinya kalau dilakukan CPR dan itu dicetuskan oleh dokter, dikasih tau itu, baru nanti dimintai tanda tangan kalau keluarganya setuju..”

RP7.1 “Kalau untuk pengambilan keputusan DNR itu, harus dokter dulu yang menyatakan kalau pasien itu DNR, baru kita sebagai perawat bisa menyampaikan kepada pasien ataupun keluarga pasien, contohnya kita memberikan lembaran untuk mengisi bahwa keluarga menyetujui untuk tindakan DNR..”

Keluarga lebih percaya pada penjelasan dokter

Subtema “Keluarga lebih percaya pada penjelasan dokter” diungkapkan responden perawat RP1. Responden RP1 mengungkapkan bahwa keluarga lebih percaya dengan dokter, dan keluarga mematuhi perkataan dokter dibandingkan perkataan perawat sehingga dokter lebih berperan dalam menjelaskan DNR. Berikut pernyataannya:

RP1.9 “Keluarga percaya dengan dokter kalau dokter ngomong “A” keluarga percaya,

intinya dokter itu, kalau dokter tegas mengatakan sesuatu, saya rasa keluarga itu juga akan mengikuti perintah dokter. Biasanya itu seperti itu, karena mungkin dokter itu dianggap yang bisa dipercaya dibanding dengan yang lain, dibanding perawat, mungkin perawat adalah mitra dokter namun dokter itulah yang lebih berperan untuk menjelaskan itu..”

Tema 2: Otonomi Pengambilan Keputusan Oleh Keluarga

Tema “*Otonomi Pengambilan Keputusan ditangan keluarga*” diungkapkan oleh 6 responden perawat RP1, RP2, RP3, RP4, RP6 dan RP7. Responden perawat RP1 mengungkapkan bahwa dalam otonomi pengambilan keputusan DNR ada pada keluarga. Berikut pernyataannya:

RP1.7 “Tapi tetap keputusan ditangan keluarga, keputusan keluarga itu yang biasanya kita pakai..”

Kemudian pernyataan RP2 dan RP3 juga mengungkapkan bahwa keputusan DNR wewenang dari keluarga kemudian membuat surat persetujuan. Berikut pernyataannya :

RP2.4 “..Kalau menurut saya sudah ya, karena wewenang semuanya ada sama keluarga, keputusan ada di keluarga..”

RP3.9 “Memang ada juga keluarga yang memutuskan untuk stop semuanya, namun tetap keputusan ditangan keluarga, itu semua dengan komunikasi dan surat perjanjian..”

Selanjutnya RP4, RP6 dan RP7 mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan DNR tergantung keluarga, keputusan ditangan keluarga. Berikut pernyataannya:

RP4.5 “Kalau menurut saya ini tergantung keluarga, karena ada keluarga mau maksimal, jadi pengennya walaupun sudah tidak ada kemungkinan untuk hidup lebih lama, tapi mereka tetap pengen melihat keluarganya untuk dilakukan..”

RP 6.13 “..Ada ditangan keluarga sih, keputusan ada di tangan keluarga..”

RP 7.1 “..Jadi kadang-kadang keluarga sendiri yang mengambil keputusan, ga usah diapa apain keluarga saya, jadi pada saat itulah, dokter itu ya sudah DNR..”

Tema 3 : Pertimbangan Penentuan Tindakan

Tema “*Pertimbangan Penentuan Tindakan*” diungkapkan oleh 5 responden perawat RP1, RP2, RP3, RP6, RP7. Para responden perawat mengungkapkan bahwa pertimbangan penentuan tindakan pengambilan keputusan DNR adalah pasien dengan persentase hidup yang kecil, komplikasi berat, pasien terminal, harapan hidup kecil, tindakan merupakan tindakan yang sia-sia. Berikut ini pernyataannya:

RP1.11 “Menurut saya sih kriterianya DNR itu pasien-pasien yang memang persentase dia hidup itu kecil, pasien-pasien yang sudah terminal, yang mengalami komplikasi yang sudah

berat, secara klinis pun kelihatan harapan hidupnya kecil, jadi memang kalau dilakukan, akan sia-sia...

Kemudian responden perawat RP6 dan RP7 mengungkapkan bahwa pertimbangan penentuan pengambilan keputusan DNR adalah yang tidak bisa sembuh, penyakit kanker yang sudah tahap akhir, pasien *terminal case*. Berikut ini pernyataannya:

RP6.7 "Kriteria DNR itu ya pasien-pasien yang memang tidak bisa disembuhkan ya secara medis, misalnya penyakit kanker, sudah tahap akhir, ya terminal case di bilang sama dokternya, ini pasien terminal case gitu..dokternya langsung menjelaskan kepada keluarganya, harapan hidupnya kecil ya.."

RP7.2 "DNR itu pada awalnya muncul pada saat pasien misalnya mengalami penyakit terminal dengan salah satu contoh misalnya dia sudah ca mamae udah stadium 4 dan keadaan umum pasien itu menurun.."

Selanjutnya pernyataan responden perawat RP2 dan RP3 mengungkapkan bahwa pertimbangan penentuan tindakan pengambilan keputusan DNR adalah pasien tua dan komplikasi. Dokter dapat menjelaskan supaya keluarga siap-siap. Berikut ini pernyataannya:

RP2.8 "..Tapi biasanya kalau sudah tua dan komplikasi biasanya dokternya sudah menjelaskan agar keluarga bisa siap-siap.."

RP3.5 "..Pada umumnya banyak yang menerima DNR adalah yang sudah kronis-kronis pasien seperti kanker, sudah tua, orang tua yang sepuh kan.."

Tema 4 : Hambatan Personal Dokter

Tema "*Hambatan Personal dokter*" diungkapkan oleh 4 responden perawat RP1, RP3, RP6, dan RK7 Responden perawat RP1 mengungkapkan bahwa dalam pengambilan keputusan DNR terkadang susah dimana dokter terlihat segan menyampaikan DNR ke keluarga, dokter terus berupaya memberikan tindakan maksimal dan tidak memikirkan tentang DNR. Berikut ini pernyataannya:

RP1.6 "..Itu mungkin harus lebih ditanyakan kepada dokternya, apakah dokternya itu seperti mendahului Tuhan, saya tidak tahu mungkin harus ditanyakan lagi kepada dokternya langsung, mungkin dokternya segan atau gimana cara menyampaikan kepada keluarga dilakukan DNR mungkin salah satu itu, atau dokternya sendiri tidak memikirkan DNR dilakukan saja terus perawatan tanpa memikirkan itu..."

Kemudian responden perawat RP3 mengungkapkan bahwa dokter sulit atau susah dan enggan untuk menentukan DNR, dokter cenderung menyerahkan ke keluarga. Berikut ini pernyataannya:

RP3.4 “..Kita sebagai perawat di bangsal mengevaluasi sebenarnya dokter juga sulit, atau susah untuk menentukan DNR itu juga, kadang-kadang menyerahkan ke keluarga”

Kemudian responden perawat RP6 dan RP7 mengungkapkan bahwa dokter ingin melakukan tindakan maksimal yang lebih baik untuk menyelamatkan jiwa pasien. Berikut ini pernyataannya:

RP6.4 “Saya kurang tahu mengapa dokter itu sampai enggan juga menyatakan itu kepada keluarganya, mungkin ada suatu asumsi tersendiri dari dokter itu, ada perawatan semaksimal mungkin, mana tau ada harapan untuk hidup ya mungkin itu juga, berusaha untuk memberikan yang terbaik, kalau ada yang kurang dikoreksi, terus aja seperti itu, kurang dikoreksi, dikoreksi, koreksi..”

RP7.8 “Misalnya walaupun dia sudah stadium akhir, tapi hanya karena gangguan sesak nafas nih, siapa tau masih bisa di selamatkan, untuk menambah waktu atau memperpanjang hidup, untuk beberapa hari lagi, untuk mengurangi sesaknya, jadi mungkin dokter ingin melakukan tindakan resusitasi, yang lebih baik untuk menyelamatkan jiwa pasien ini..”

Tema 5: Keterbatasan waktu keluarga untuk berpikir

Tema “Aspek waktu keluarga perlu waktu untuk berpikir” diungkapkan responden perawat RK2. Responden mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan jangan buru-buru keluarga perlu waktu untuk berpikir. Berikut ini pernyataannya:

RP2.10 “Jangan buru-buru juga kan, jadi keluarga juga perlu untuk berpikir bagaimana-bagaimananya..”

Tema 6: Keluarga Belum Siap Kehilangan

Tema “Keluarga Belum Siap Kehilangan” diungkapkan responden perawat RK4. Responden mengungkapkan bahwa keluarga belum siap kehilangan pasien dan keluarga masih ingin bersama pasien. Berikut ini pernyataannya:

“Menurut pengalaman saya sih mereka belum siap untuk kehilangan keluarga atau orang terdekat mereka, jadi mereka pengen maksimal apalagi kalau kasusnya itu misalnya umurnya belum terlalu tua trus mereka masih pengen kalau pasien ini untuk jangan dulu pergi..”

Tema 7: Keyakinan Terhadap Adanya Mujizat

Tema “Keyakinan Terhadap Adanya Mujizat” diungkapkan responden perawat RK4. Responden mengungkapkan bahwa keluarga mengharapkan mujizat bila dilakukan tindakan maksimal akan terjadi sesuatu. Berikut ini pernyataannya:

RP4.13 “Mereka pengennya maksimal mereka mengharapkan mujizat, dengan resusitasi

misalnya akan terjadi sesuatu gitu, jadi itu biasanya terjadi pada orang-orang yang belum siap kehilangan, biasanya ketidak kesiapan keluarga..”

PEMBAHASAN

Pembahasan hasil tema penelitian terkait pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate* (DNR) pada pasien *End of Life* (EoL) ditinjau tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat diuraikan serta diinterpretasikan oleh peneliti. Interpretasi hasil tema akan didukung oleh hasil-hasil penelitian sebelumnya baik melalui jurnal-jurnal maupun konsep teori.

Perspektif Dokter Terhadap Pengambilan Keputusan DNR

Pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate* (DNR) pada pasien *End of Life* (EoL) ditinjau dari perspektif dokter dideskripsikan dalam 9 tema yang terkait yaitu: 1) *Pertimbangan penentuan tindakan.* 2) *Inisiasi komunikasi dan pemberian informasi.* 3) *Pengambilan keputusan bersama terdiri dari 2 subtema keputusan diambil oleh keluarga dan keputusan diskusi antara dokter dan keluarga.* 4) *Pertimbangan psikologi pasien dan keluarga.* 5) *Pertimbangan budaya dan tradisi.* 6) *Pendidikan keluarga tentang kondisi pasien.* 7) *Keterbatasan waktu.* 8) *Pertimbangan finansial.* 9) *Nilai-nilai dan keyakinan terhadap adanya mujizat.* Berikut ini akan dibahas lebih lengkap dari setiap tema dari responden dokter.

Tema 1: Pertimbangan Penentuan Tindakan

Hasil dalam penelitian ini bahwa responden dokter mengungkapkan bahwa DNR diberikan pada pasien-pasien yang sesuai dengan indikasi medisnya yaitu pasien kasus terminal dengan angka keselamatan kecil, harapan hidup kecil ataupun pasien yang tidak memiliki kesembuhan pada penyakitnya. Kemudian DNR juga diberikan pada pasien dengan kasus sosial yaitu permintaan pasien atau keluarga dengan mempertimbangkan alasan dari pasien ataupun keluarga. Penelitian dari Chevaux, Gagliano, Waeber, Marques-Vidal, and Schwab (2015) menjelaskan bahwa dari 102 pasien (53%) memiliki perintah *do not resuscitate* (DNR) diantaranya 27% atas permintaan pasien sendiri, 12% atas permintaan keluarga atau kerabat, 61% atas perintah dari tim medis, dan faktor-faktor penentu perintah *Do Not Resuscitate* (DNR) secara signifikan adalah pasien yang lebih tua, pasien dengan penyakit terminal seperti onkologis, kualitas hidup yang buruk, prognosis penyakit yang buruk, status kejiwaan, agama. Dalam penelitian Gibbs et al. (2016) mengemukakan bahwa pertimbangan penentuan tindakan dari *Do Not Resuscitate* (DNR) sendiri adalah usia yang menua, komorbiditas, prognosis penyakit dan kualitas hidup yang memburuk, dan rendahnya tingkat

keberhasilan dari tindakan resusitasi. Penelitian B. Y. Huang et al. (2018) mengemukakan juga bahwa usia yang lebih tua lebih signifikan dalam persetujuan *do not resuscitate (DNR)*. Kemudian penelitian yang dilakukan Li and Guo (2015) mengemukakan bahwa pertimbangan penentuan tindakan pasien *Do Not Resuscitate (DNR)* adalah pasien lebih tua dan memiliki angka kematian yang tinggi, pasien dengan kondisi klinis yang lebih buruk, dan pasien dengan tingkat kematian yang lebih tinggi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pasien-pasien tua dengan penyakit kronis dan terminal, angka keselamatan kecil dan tidak ada harapan hidup menjadi faktor pertimbangan dalam penentuan tindakan dilakukannya *Do Not Resuscitate (DNR)*.

Tema 2: Inisiasi Komunikasi dan Pemberian Informasi

Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa informasi *Do Not Resuscitate DNR* dari awal sudah diinformasikan ke keluarga, informasi diberikan saat terjadi perburukan penyakit bukan saat perburukan kondisi, karena pengambilan keputusan *DNR* tidak gampang membutuhkan waktu untuk berpikir sehingga pemberian informasi saat awal dapat mempengaruhi pengambilan keputusan yang dilakukan oleh keluarga. Komunikasi dan informasi yang dilakukan diawal serta edukasi berulang-ulang membuat keluarga paham dan mengerti penyakitnya sehingga mempengaruhi keluarga dalam membuat keputusan *DNR*. Shatri et al (2019) mengemukakan bahwa pengambilan keputusan *DNR* memiliki korelasi dengan pemahaman keluarga tentang prognosis kondisi pasien, dan memerlukan waktu lebih awal untuk bagi keluarga untuk berpikir, sehingga keluarga dapat membuat keputusan yang tepat. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Roze et al (2015) menunjukkan bahwa adanya komunikasi dan informasi yang lebih awal dari tenaga kesehatan dengan pasien atau keluarga merupakan strategi berkomunikasi yang memiliki pengaruh efektif terhadap proses pengambilan keputusan.

Para responden mengungkapkan bahwa untuk memutuskan dan menjelaskan *DNR* kepada keluarga merupakan wewenang dokter. Tetapi pada pelaksanaan yang terjadi dilapangan bahwa yang memberitahukan kondisi pasien kepada keluarga sering diambil alih oleh dokter jaga. UU Kemenkes Republik Indonesia no. 37 tahun 2014 Bab III pasal 14 juga menyatakan bahwa pasien yang berada dalam keadaan yang tidak bisa disembuhkan akibat penyakit yang dideritanya (*terminal state*) dan menurut penilaian tindakan kedokteran merupakan intervensi yang sia-sia (*futile*), maka penghentian atau penundaan bantuan hidup dapat dilakukan oleh tim dokter setelah konsultasi dengan tim komite etik dan tim komite medis yang disetujui oleh Direktur Rumah Sakit. Dalam pengambilan keputusan, komunikasi

dan informasi antara tenaga kesehatan dengan pasien ataupun keluarga sangat disarankan, ada beberapa langkah yang harus dijalani dalam pengambilan keputusan yaitu tenaga kesehatan akan menjelaskan tentang prognosis penyakit dan kondisi pasien kemudian tenaga kesehatan akan berdiskusi dengan pasien atau keluarga tentang prognosis dan tujuan perawatan, maka sesuai dengan referensi dari pasien ataupun keluarga, akan menghasilkan suatu keputusan (Stiggelbout et al., 2015). Dibutuhkan pengetahuan dan informasi yang adekuat dari tenaga kesehatan, sehingga pengambilan keputusan oleh pasien ataupun keluarga dapat dilakukan dengan tepat.

Tema 3: Pengambilan Keputusan Bersama

Dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan DNR dilakukan oleh keluarga setelah dokter memberikan penjelasan dan edukasi kepada keluarga mengenai prognosis pasien dan kondisi pasien. *Do Not Resuscitate (DNR)* merupakan tindakan membatasi proses mempertahankan kehidupan berdasarkan keputusan yang diambil oleh pasien, keluarga maupun tenaga kesehatan (*Emergency Nursing Asosiation*, 2010). Dalam penelitian Booker (2015) menyatakan bahwa salah satu prinsip etik dalam melakukan perawatan *End of Life* yang tidak boleh diabaikan ialah prinsip *autonomy* yaitu menghargai pilihan pasien dan keluarga untuk menentukan perawatan yang diinginkan. Jadi dapat disimpulkan bahwa keputusan DNR ada ditangan keluarga dengan mempertimbangkan prinsip *autonomy* pasien ataupun keluarga.

Selanjutnya pengambilan keputusan diambil dengan diskusi antara dokter dan keluarga. Diskusi terjadi saat dokter mempertimbangkan kondisi pasien untuk *DNR* dan memberikan saran kepada keluarga untuk melakukan *DNR*. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Roze et al (2015) menunjukkan bahwa strategi komunikasi dengan diskusi antara petugas kesehatan dan keluarga memiliki pengaruh efektif terhadap proses pengambilan keputusan antara lain adanya komunikasi tenaga kesehatan dengan pasien atau keluarga. Jadi komunikasi dan informasi memerlukan diskusi antara dokter dan keluarga sehingga dapat tercapai suatu keputusan yang baik dan tepat untuk pasien.

Tema 4: Pertimbangan Psikologi Pasien Dan Keluarga

Pertimbangan psikologi pasien dan keluarga merupakan salah satu yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan DNR. Responden dokter mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan *DNR* memperhatikan kualitas mental yang baik dari pasien dan keluarga. Oleh karena itu, sebelum dokter memberikan penjelasan mengenai *DNR*, dokter terlebih dahulu menganalisa kondisi psikologis pasien dan keluarga. Idealnya, dokter akan memberikan

penjelasan mengenai *DNR* kepada pasien terlebih dahulu. Tetapi, jika kondisi pasien dirasa belum memungkinkan untuk menerima penjelasan *DNR*, maka dokter akan menjelaskan kepada anggota keluarga terdekat. Dalam penelitian Amestiasih dan Nekada (2017) mengenai pengalaman merawat pasien dalam pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* salah satunya adalah dilema psikis pasien ataupun keluarga, sehingga pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* merupakan satu tindakan yang tidak mudah untuk diputuskan oleh keluarga maupun dokter. Tetapi Dalam penelitian Ruiz-Garcia et al. (2016) mengemukakan bahwa salah satu cara dalam meningkatkan kualitas hidup pasien *End of Life (EoL)* dengan mengurangi penderitaan fisik, psikologis, sosial dan spiritual, sehingga dalam pengambilan keputusan *DNR* dokter harus memperhatikan psikologi pasien ataupun keluarga.

Tema 5: Pertimbangan Budaya dan Tradisi

Tema aspek budaya sangat berpengaruh dalam proses pengambilan keputusan *DNR* seperti kata Responden dalam penelitian ini bahwa kendala dalam memberitahukan informasi *DNR* meskipun kondisi pasien sudah terminal ialah karena adanya faktor budaya yang menuntut dokter untuk berusaha semaksimal mungkin. Menurut Searight & Gafford (2005), perawatan *End of Life* harus mengenali, menilai, dan mengatasi masalah psikologis, sosial, spiritual/agama, dan budaya dengan menyadari bahwa budaya yang berbeda mungkin memerlukan pendekatan yang berbeda. Dalam penelitian Gibbs et al. (2016) mengemukakan bahwa perbedaan perspektif dipengaruhi banyak faktor antara lain sikap, budaya, pendidikan, ekonomi serta peran keluarga dan peran sosial. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lee, et al (2016), terdapat budaya yang menganggap kematian dan perawatan *End of Life* sebagai hal yang tabu. Kebanyakan pasien dalam penelitian tersebut mengungkapkan bahwa peran dokter ialah untuk membuat keputusan bagi pasiennya, sehingga dokter perlu melakukan yang terbaik bagi pasiennya. Booker (2015) menyatakan prinsip etik dalam perawatan *End of Life* yang tidak boleh diabaikan yaitu *autonomy* merupakan menghargai pilihan pasien dan keluarga, dan *justice* merupakan perlakuan yang sama dalam perawatan pasien. Kemudian prinsip etik yang harus diperhatikan adalah *beneficience* merupakan perawatan yang bermanfaat, dan *non malficience* merupakan perawatan yang tidak merugikan pasien. Konsep *End of Life (EoL)* beracuan kepada *American Association Of College Of Nursing* dan *City Of Hope* dan *Palliative Care Resource Center* yang menghasilkan konsorsium pendidikan perawatan *End of Life (EoL)* yang terdiri dari 9 bagian yaitu: asuhan keperawatan *End of Life (EoL)*, manajemen nyeri dan manajemen gejala, masalah etika dan hukum, pertimbangan budaya, komunikasi terapeutik, kehilangan, persiapan dan perawatan

saat kematian serta mencapai perawatan yang berkualitas. Adanya budaya tersebut menghambat dokter untuk mengkomunikasikan *DNR* kepada pasien karena takut dengan anggapan bahwa dokter tidak berusaha secara maksimal.

Tema 6: Pendidikan Keluarga Tentang Kondisi Pasien

Responden dalam penelitian ini menyatakan bahwa dari segi pendidikan, pasien kurang mengerti tentang penyakitnya dan edukasi kurang dilakukan kepada keluarga sehingga keluarga kurang mengerti keadaan serta kemungkinan hidup pasien. Diketahui bahwa anggota keluarga melaporkan bahwa kebutuhan utama mereka ialah menerima informasi yang lengkap terkait kondisi medis pasien namun kebutuhan tersebut tidak terpenuhi karena dokter dan perawat menggunakan berbagai istilah medis sehingga sulit untuk dipahami. Para keluarga juga melaporkan ketidakpuasan terhadap penjelasan dokter yang bersikap otoritas, dalam menyediakan informasi terkait prognosis dan pilihan perawatan pasien. Selain itu, keluarga melaporkan bahwa seringkali dokter dan perawat tidak mampu memberikan informasi terbaru yang mengakibatkan keluarga merasa cemas. Dalam Penelitian Roze et al. (2015) dimana strategi komunikasi efektif dalam pengambilan keputusan antara lain adanya komunikasi pasien dan keluarga, komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien, kolaborasi antar profesional, tingkat pendidikan, pengalaman dan sumber daya. Pengambilan keputusan *DNR* tidak hanya dipengaruhi status pendidikan. Penelitian Koh et al. (2017) mengemukakan bahwa hingga 99 persen komunikasi dokter dan keluarga terkait keputusan *DNR* dilakukan dalam 7-8 hari sebelum kematian pasien, dan 50% dokter memulai diskusi mengenai prognosis ketika kondisi penyakit memburuk, semakin memburuk kondisi pasien dan semakin tinggi status pendidikan dan ekonomi anggota keluarga, semakin cepat diskusi *DNR* dilakukan.

Tema 7: Keterbatasan Waktu

Penelitian ini mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan *DNR* dipengaruhi aspek waktu. Responden dalam penelitian ini menyatakan bahwa dokter memiliki waktu yang padat sehingga kurang maksimal dalam memberikan penjelasan *DNR* kepada pasien dan keluarga. Keterbatasan waktu yang dimiliki dokter ini juga menyebabkan dokter tidak bisa bertemu dengan anggota tim yang lain sehingga muncul perbedaan pendapat antar satu anggota dengan anggota yang lain dalam satu tim. Faktor yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan individual dapat dibedakan menjadi dua faktor utama yaitu: faktor internal dan faktor eksternal. Faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar individu meliputi rentang waktu dalam membuat keputusan, informasi dan komunitas individu saat mengambil keputusan, seperti peran pengaruh sosial maupun peran kelompok. Pengambilan keputusan

yang efektif membutuhkan waktu yang cukup lama, karena harus menampung hasil bersama supaya tidak merugikan siapapun. Penelitian yang dilakukan oleh Koh et al (2017) menunjukkan bahwa dokter merasakan ketidakpuasan dalam hal diskusi perawatan EoL, dokter juga melaporkan hambatan diskusi EoL seperti kesulitan melakukan prognosa, keterbatasan waktu, ketakutan terhadap kematian atau rasa penyesalan, dan kurangnya kemampuan berkomunikasi. Untuk komunikasi antar perawat dan keluarga, perawat enggan untuk memberikan informasi terkait perawatan EoL kepada keluarga. Perawat takut akan masalah legalitas terkait kesalahan pemberian informasi, kurangnya kepercayaan diri terkait kemampuan berkomunikasi, dan menganggap pemberian informasi perawatan EoL sebagai tanggung jawab dokter. Perawat juga melaporkan mereka kekurangan waktu dan ruangan pribadi untuk berkomunikasi dengan keluarga.

Tema 8: Pertimbangan Finansial

Pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* berdasarkan tiga pertimbangan nilai dalam penentuan nasib sendiri, kesejahteraan, dan keadilan yaitu: (1) Keputusan untuk perintah *Do Not Resuscitate (DNR)* harus didasarkan pada referensi pasien dan keluarga. (2) Berdasarkan prinsip kesejahteraan, keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* dibenarkan ketika intervensi medis tidak akan memberikan manfaat (3) Pasien harus diperlakukan adil dimana keputusan tidak boleh dipandu oleh kekhawatiran bahwa biaya yang dikeluarkan dapat melebihi manfaat potensial bagi pasien (Yuen, Reid, and Fetters 2011). Namun hasil dalam penelitian ini bahwa responden dokter menyatakan bahwa pengambilan keputusan DNR memerlukan kemampuan finansial pasien dan keluarga terutama pada kondisi kasus terminal karena pasien dan keluarga telah mengeluarkan banyak dana tetapi kondisi pasien tidak membaik.

Tema 9: Nilai-Nilai dan Keyakinan Terhadap Adanya Mujizat

Pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* berkaitan erat dengan aspek agama. Dalam penelitian ini responden dokter menyatakan bahwa kepercayaan ataupun agama mempengaruhi pengambilan keputusan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nur & Sarosa (2015) agama dan spiritualitas memiliki kedudukan penting pada 88% pasien dengan kanker tingkat lanjut. Dalam penelitian Ruiz-Garcia et al. (2016) mengemukakan bahwa kualitas spiritual pasien ataupun keluarga dapat mempengaruhi keluarga dalam membuat keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)*. Agama merupakan sebagai salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam pengambilan keputusan DNR. Kotler (2003) menjelaskan faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan adalah budaya, sosial, kepribadian, dan psikologi yang

meliputi motivasi, persepsi, pengetahuan, agama ataupun keyakinan. Agama yang berbeda, yang tentunya akan mempengaruhi responden dalam pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pasien *End of Life (EoL)*. Pengambilan keputusan DNR harus memperhatikan kaidah agama. Sa'id AN and Mrayyan M (2016) dalam penelitiannya mengemukakan agama tidak memberikan kuasa kepada manusia untuk menentukan hidup dan mati seseorang, tetapi dalam beberapa pandangan agama juga pengambilan keputusan DNR merupakan pilihan yang terbaik karena tidak menambah beban sakit yang dirasakan pasien ataupun keluarga, justru memberikan rasa tenang dan nyaman. Dalam teori *End of Life Care (EoLC)* Ruland & Moore (1998) ; Aligood & Tomey (2014) bahwa pendekatan untuk merasa damai meliputi aspek fisik, sosial, psikologis, dan spiritual. Dukungan spiritual mempunyai makna penting bagi pasien dan keluarga dalam menghadapi tahap *dying*, dan perawat bertanggung jawab dalam memastikan kebutuhan tersebut. Adam et al. (2014) mengemukakan dukungan spiritual dapat diberikan perawat dengan memahami kepercayaan yang dianut pasien ataupun keluarga, dan menyediakan waktu dan tempat dalam menjalankan aktifitas spiritual, kemudian menyediakan tim kerohanian ataupun mendatangkan tokoh agama, yang dapat memfasilitasi kegiatan spiritual pasien dan keluarga.

Perspektif Perawat Terhadap Pengambilan Keputusan DNR

Pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pada pasien *End of Life (EoL)* ditinjau dari perspektif perawat dideskripsikan dalam 7 tema yang terkait yaitu: 1) *Proses komunikasi informasi terdiri dari 5 subtema yaitu komunikasi informasi wewenang dokter, pengambilan keputusan DNR perawat bertanya ke dokter, penyampaian komunikasi informasi oleh dokter, perawat meminta inform consent serta fokus pada perawatan akhir pasien dan keluarga lebih percaya pada penjelasan dokter.* 2) *Otonomi pengambilan keputusan ditangan keluarga.* 3) *Pertimbangan penentuan tindakan.* 4) *Hambatan personal dokter.* 5) *Keterbatasan waktu keluarga untuk berpikir.* 6) *Keluarga belum siap kehilangan.* 7) *Keyakinan terhadap adanya mujizat* Berikut ini akan dibahas lebih lengkap dari setiap tema dari responden perawat.

Tema 1: Proses Komunikasi Dan Informasi

Komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien ataupun anggota keluarga dianggap penting karena dapat berkontribusi dalam pengambilan keputusan khususnya pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* di tahap *End of Life (EoL)*. Virdun, Luckett, Davidson, and Phillips (2015) dimana penelitian tersebut mengemukakan bahwa salah satu elemen dalam perawatan pasien *End of Life (EoL)* yang dianggap penting oleh

pasien dan keluarga adalah komunikasi yang efektif dan pengambilan keputusan bersama antara dan tenaga kesehatan. Hasil dalam penelitian ini bahwa responden perawat mengungkapkan bahwa komunikasi informasi adalah wewenang dokter, penyampaian komunikasi dan informasi oleh dokter, dimana terlebih dahulu perawat yang bertanya ke dokter tentang pasien DNR atau dengan kondisi penyakit dan kondisi klinis yang mengalami penurunan, kemudian pasien akan diminta tanda tangan persetujuan DNR setelah keluarga percaya dan tau implikasi dari keputusan yang akan diambil. Komunikasi dan informasi yang merupakan wewenang dokter, dan penyampaian komunikasi informasi oleh dokter, dimana dokter yang lebih dulu menilai keadaan pasien, kemudian melakukan komunikasi ke keluarga, menginformasikan tentang pengambilan keputusan *DNR* dan perawat akan meminta tanda tangan persetujuan DNR ke keluarga. Dalam penelitian yang dilakukan Stiggelbout et al. (2015) mengungkapkan bahwa proses pengambilan keputusan dilakukan oleh tenaga kesehatan dimana petugas kesehatan lebih dahulu akan menjelaskan prognosis penyakit dan perawatan pasien, kemudian tenaga kesehatan akan melakukan diskusi dengan keluarga. maka sesuai dengan referensi pasien ataupun keluarga, mereka akan menghasilkan suatu keputusan. Penelitian Roze et al. (2015) mengemukakan bahwa strategi komunikasi efektif dalam pengambilan keputusan antara lain adanya komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien dan keluarga, dimana petugas kesehatan lebih dahulu melakukan komunikasi dan memberikan informasi yang adekuat kepada pasien ataupun keluarga.

Tema 2: Otonomi Pengambilan Keputusan Oleh Keluarga

Joint Comittee Ethic menjelaskan protokol perintah *Do Not Resuscitate (DNR)* berdasarkan tiga pertimbangan dan salah satunya adalah nilai dalam penentuan nasib sendiri yaitu keputusan untuk perintah *Do Not Resuscitate (DNR)* harus didasarkan pada referensi pasien. Kemudian dalam Undang Undang Kemenkes Republik Indonesia no. 37 tahun 2014 Bab III pasal 15 berbunyi bahwa pasien yang dinilai masih kompeten ataupun keluarga dapat meminta dokter untuk melakukan penghentian ataupun penundaaan terapi bantuan hidup dalam hal ini *Do Not Resuscitate (DNR)*. Hasil dalam penelitian ini bahwa responden perawat mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan DNR adalah otonomi keluarga. Kemudian Cuvalci & Hintistan (2017) mengemukakan bahwa keputusan keluarga atau wali dapat dijadikan sebagai dasar penolakan tindakan maksimal. Jika pasien tidak memiliki kapasitas untuk membuat keputusan *DNR*, maka keputusan dapat dibuat oleh keluarga atau orang lain yang ditunjuk sebagai wali. Keputusan anggota keluarga atau wali dibuat berdasarkan referensi pasien. Tim medis perlu mengikuti referensi yang dimiliki oleh pasien dan keluarga.

Tema 3: Pertimbangan Penentuan Tindakan

Yuen et al. (2011) dalam Standar *Do Not Resuscitate (DNR)* berdasarkan *Joint Commission* yang sudah dimodifikasi bahwa pertimbangan penentuan tindakan pasien yang tepat untuk dilakukan diskusi *Do Not Resuscitate (DNR)* adalah pasien dengan penyakit terminal, pasien dengan status fungsional yang buruk karena penyakit atau kondisi buruk yang parah dan *irreversible* (misalnya, gagal jantung kongestif berat, PPOK lanjut, demensia lanjut), pasien yang menderita kehilangan kesadaran yang tidak dapat sadar kembali, pasien dengan kemungkinan rendah untuk bertahan hidup dengan tindakan resusitasi, pasien yang berisiko tinggi untuk serangan jantung atau pernapasan. Hasil dalam penelitian ini responden perawat mengungkapkan bahwa kriteria dalam pertimbangan penentuan tindakan untuk diskusi pengambilan keputusan DNR adalah pasien yang sudah tua dengan penyakit kronis dan terminal, tingkat keselamatan kecil dan tidak ada harapan hidup. Dalam penelitian yang dilakukan Li and Guo (2015) mengemukakan bahwa pertimbangan penentuan tindakan pasien *Do Not Resuscitate (DNR)* adalah pasien lebih tua dan memiliki angka kematian yang tinggi, pasien dengan kondisi klinis yang lebih buruk, dan pasien dengan tingkat kematian yang lebih tinggi. Kemudian penelitian dari Chevaux, Gagliano, Waeber, Marques-Vidal, and Schwab (2015) mengemukakan bahwa faktor-faktor penentu perintah *Do Not Resuscitate (DNR)* secara signifikan adalah pasien yang usia tua, pasien dengan penyakit terminal seperti onkologis, kualitas hidup yang buruk, prognosis penyakit yang buruk, status kejiwaan, agama. Kemudian Gibbs et al. (2016) mengemukakan kriteria utama dari *Do Not Resuscitate (DNR)* sendiri adalah usia yang menua, komorbiditas, prognosis penyakit dan kualitas hidup yang memburuk, dan rendahnya tingkat keberhasilan dari tindakan resusitasi. B. Y. Huang et al. (2018) menyatakan bahwa usia yang lebih tua lebih signifikan dalam persetujuan *Do Not Resuscitate (DNR)*.

Tema 4: Hambatan Personal Dokter

Hambatan personal dari tenaga kesehatan menjadi salah satu yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan. Tenaga kesehatan yaitu dokter berwenang memberikan komunikasi informasi, dokter akan memberikan penjelasan mengenai pengambilan keputusan DNR secara terarah dan terinformasi kepada pasien ataupun keluarga (Yuen et al., 2011). Namun terkadang sulit bagi dokter dalam memberikan penjelasan kepada keluarga. Dalam penelitian Brizzi et al. (2012) mengemukakan bahwa kesulitan dalam pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* adalah dokter tidak mudah untuk memberikan penjelasan DNR karena biasanya akan membutuhkan pertimbangan-pertimbangan dari berbagai pihak yang terkait dengan pasien.

Hasil dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa hambatan personal yang ada adalah dokter segan dan susah atau sulit untuk menyampaikan *DNR* ke keluarga, kemudian dokter terus berupaya memberikan tindakan maksimal dan tidak memikirkan tentang *DNR*. Dalam penelitian Mockford et al. (2014) mengemukakan bahwa *Do Not Resuscitate (DNR)* mempertimbangkan keputusan dokter dan tingkat pengetahuan keterampilan dan pemahaman dokter yang bervariasi dapat menjadi hambatan dokter dalam memberikan informasi *DNR*.

Kemudian dalam artikel Yuen et al. (2011) menyatakan salah satu masalah yang masih terjadi sampai saat ini dalam perintah *Do Not Resuscitate (DNR)* yaitu dokter tidak memberikan informasi yang memungkinkan pasien ataupun keluarga membuat keputusan, dan dokter terkadang mengekstrapolasikan perintah *Do Not Resuscitate (DNR)* secara tidak tepat sehingga membatasi atau menghambat pasien ataupun keluarga membuat keputusan. Jadi dapat disimpulkan hambatan personal khususnya dari dokter berpengaruh dalam pengambilan keputusan *DNR*.

Tema 5: Keterbatasan Waktu Keluarga Untuk Berpikir

Keterbatasan waktu keluarga untuk berpikir merupakan salah satu yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan. Hasil dalam penelitian ini bahwa menurut responden perawat, keluarga memerlukan waktu dalam membuat keputusan, keluarga perlu waktu untuk berpikir dan pengambilan keputusan jangan di buru-buru agar setiap keputusan yang keluarga ambil sudah di persiapkan sudah tepat dan baik. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Drs. YM Soekatno (2015) mengemukakan bahwa faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam pengambilan keputusan salah satu diantaranya adalah bahwa pengambilan keputusan yang efektif membutuhkan waktu yang cukup lama karena dalam mengambil keputusan harus menampung masukan ataupun usul dari semua anggota keluarga sehingga menghasilkan keputusan yang tepat sesuai dengan keputusan semua anggota keluarga.

Tema 6: Keluarga Belum Siap Kehilangan

Booker (2015) menyatakan prinsip etik dalam perawatan *End of Life (EoL)* yang tidak boleh diabaikan yaitu *autonomy* merupakan menghargai pilihan pasien dan keluarga. Kemudian konsep *End of Life (EoL)* dan *Palliative Care Resource Center* yang menghasilkan konsorsium pendidikan perawatan *End Of Life (EOLC)* salah satunya adalah kehilangan. Hasil dalam penelitian ini bahwa keluarga belum siap kehilangan merupakan salah satu aspek yang mempengaruhi pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pada pasien *End of Life (EoL)*. *American Nursing Association (ANA)* mendukung keputusan perawatan yang sesuai dengan hak otonomi pasien, perawat didorong untuk mendukung pasien dan keluarga dalam

membuat keputusan tahap akhir kehidupan termasuk pengambilan keputusan DNR atau tidak yang sesuai dengan hak otonomi pasien. Perawat berperan aktif dalam memulai diskusi dengan keluarga dengan tenaga kesehatan lainnya dan mendukung proses pengambilan keputusan. Kemudian *American Health Association (AHA) (2015)* mengemukakan salah yang perlu diperhatikan terkait pengambilan keputusan DNR adalah keinginan pasien sebagai dasar pengambilan keputusan DNR. Individu yang telah diberikan informasi mengenai kondisi medisnya memiliki hak untuk mengizinkan atau menolak intervensi medis, termasuk DNR baik secara etis maupun secara hukum. Tenaga kesehatan akan mengikuti referensi yang dimiliki pasien dan keluarga, sesuai dengan rasa kenyamanan dan kepuasan keluarga.

Tema 7: Keyakinan Terhadap Adanya Mujizat

Pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* berkaitan erat dengan pertimbangan legal dan kaidah etik dan kaidah agama yang berlaku (*American Society of Anesthesiologists, 2014*). Agama merupakan sebagai salah satu aspek yang diperhatikan dalam pengambilan keputusan DNR. Dalam penelitian Ruiz-Garcia et al. (2016) mengemukakan bahwa kualitas spiritual pasien ataupun keluarga dapat mempengaruhi keluarga dalam membuat keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)*. Pengambilan keputusan DNR harus memperhatikan kaidah agama. Sa'id AN and Mrayyan M (2016) dalam penelitiannya mengemukakan agama tidak memberikan kuasa kepada manusia untuk menentukan hidup dan mati seseorang, tetapi dalam beberapa pandangan agama juga pengambilan keputusan DNR merupakan pilihan yang terbaik karena tidak menambah beban sakit yang dirasakan pasien ataupun keluarga, justru memberikan rasa tenang dan nyaman. Hasil dalam penelitian ini responden perawat mengungkapkan bahwa keluarga mengharapkan mujizat, dimana akan terjadi sesuatu ke arah yang lebih baik. Dalam teori *End of Life Care (EoLC)* Ruland & Moore (1998) ; Aligood & Tomey (2014) bahwa pendekatan untuk merasa damai meliputi aspek fisik, sosial, psikologis, dan spiritual. Dukungan spiritual mempunyai makna penting bagi pasien dan keluarga dalam menghadapi tahap *dying*, dan perawat bertanggung jawab dalam memastikan kebutuhan tersebut.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pengambilan keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* pasien *End of Life (EoL)* di area rawat inap ditinjau dari perspektif tenaga kesehatan dijelaskan melalui hasil penelitian dari tema-tema yang diperoleh dari responden responden dokter dan responden perawat.

Perspektif Dokter

Pertimbangan penentuan tindakan. Pengambilan keputusan *DNR* dipengaruhi oleh kondisi pasien, dimana *DNR* diberikan pada pasien-pasien yang sesuai dengan indikasi medisnya yaitu pasien kasus terminal dengan angka keselamatan kecil, ataupun pasien yang tidak memiliki kesembuhan pada penyakitnya serta pasien yang tidak punya harapan hidup. Kemudian *DNR* juga diberikan pada pasien dengan kasus sosial yaitu permintaan pasien atau keluarga dengan mempertimbangkan alasan dari pasien ataupun keluarga.

Inisiasi komunikasi dan pemberian informasi. Inisiasi komunikasi dan pemberian informasi *DNR* dilakukan sejak awal dan dilakukan saat perburukan penyakit bukan saat penurunan kondisi sehingga keluarga memiliki waktu untuk berpikir dan mengambil keputusan. Komunikasi informasi yang dilakukan diawal serta pemberian edukasi yang berulang-ulang akan membuat keluarga paham.

Pengambilan keputusan bersama. Pengambilan keputusan *DNR* dilakukan secara bersama-sama, dimana diskusi dilakukan antara dokter dan keluarga. Dokter dapat memberikan saran kepada keluarga untuk melakukan *DNR* dengan melihat kondisi penyakit dan kondisi klinis pasien, tetapi keputusan tetap ditangan keluarga setelah dokter memberikan penjelasan dan edukasi kepada keluarga mengenai prognosis pasien dan kondisi pasien.

Pertimbangan psikologi pasien dan keluarga. Pengambilan keputusan *DNR* mempertimbangkan psikologi pasien dan keluarga, karena memerlukan kualitas mental yang baik dari pasien dan keluarga. Oleh karena itu, sebelum dokter memberikan penjelasan mengenai *DNR*, dokter terlebih dahulu menganalisa kondisi psikologis pasien dan keluarga. Idealnya, dokter akan memberikan penjelasan mengenai *DNR* kepada pasien terlebih dahulu. Tetapi, jika kondisi pasien dirasa belum memungkinkan untuk menerima penjelasan *DNR*, maka dokter akan menjelaskan kepada anggota keluarga terdekat.

Pertimbangan budaya dan tradisi. Pengambilan keputusan *DNR* dipengaruhi oleh budaya. Adanya budaya dan tuntutan dari medis untuk tetap memberikan tindakan yang terbaik. Dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa terkadang dokter memberikan tindakan yang terbaik kepada pasien, dokter berusaha semaksimal mungkin dalam menyelamatkan jiwa pasien.

Pendidikan keluarga tentang kondisi pasien. Pengambilan keputusan *DNR* dipengaruhi oleh pendidikan. Dalam penelitian ini pasien kurang mengerti tentang penyakitnya dan kurangnya edukasi kepada keluarga sehingga keluarga kurang mengerti keadaan serta kemungkinan hidup pasien.

Keterbatasan waktu. Pengambilan keputusan DNR dipengaruhi aspek keterbatasan waktu. Dokter memiliki waktu yang padat sehingga kurang maksimal dalam memberikan penjelasan DNR kepada pasien dan keluarga. Keterbatasan waktu yang dimiliki dokter juga menyebabkan dokter tidak bisa bertemu dengan anggota tim yang lain.

Pertimbangan finansial. Pengambilan keputusan DNR memerlukan kesiapan finansial pasien ataupun keluarga terutama pada kondisi kasus terminal karena pasien dan keluarga akan mengeluarkan banyak dana tetapi kondisi pasien yang tidak membaik.

Nilai-nilai dan keyakinan terhadap adanya mujizat. Pengambilan keputusan DNR dipengaruhi oleh agama atau keyakinan spiritual yang diyakini oleh pasien ataupun keluarga. Dalam penelitian ini responden dokter menyatakan bahwa tidak menutup kemungkinan adanya mujizat bagi pasien.

Perspektif Perawat

Proses komunikasi dan informasi. Pengambilan keputusan DNR dipengaruhi komunikasi dan informasi yang diberikan tenaga kesehatan kepada pasien ataupun keluarga. Responden perawat mengungkapkan bahwa komunikasi informasi adalah wewenang dokter, penyampaian komunikasi dan informasi oleh dokter, dimana terlebih dahulu perawat yang bertanya ke dokter tentang pasien DNR atau tidak, dengan kondisi penyakit dan kondisi klinis yang mengalami penurunan, kemudian pasien akan diminta tanda tangan persetujuan DNR setelah keluarga mengerti dan paham implikasi dari keputusan yang akan diambil.

Otonomi pengambilan keputusan. Otonomi pengambilan keputusan DNR ada ditangan keluarga. Otonomi pengambilan keputusan DNR mempertimbangkan nilai dalam penentuan nasib sendiri, kesejahteraan, dan keadilan. Dalam keputusan *Do Not Resuscitate (DNR)* harus didasarkan pada referensi pasien, dimana pasien atau keluarga yang memahami penyakit dan kondisinya terkadang lebih dahulu meminta sendiri untuk menghentikan semua pengobatan.

Pertimbangan penentuan tindakan. Pengambilan keputusan DNR dipengaruhi oleh kondisi pasien, dimana DNR diberikan pada pasien-pasien tua, pasien kasus terminal dengan angka keselamatan kecil, ataupun pasien yang tidak memiliki kesembuhan pada penyakitnya serta pasien yang tidak punya harapan hidup.

Hambatan personal. Pengambilan keputusan DNR dipengaruhi juga oleh hambatan personal dari dokter, dimana seharusnya dokter yang berwenang untuk penjelasan DNR, tetapi kadang kala dokter segan atau enggan, dokter terlihat susah atau sulit berterus terang mengenai kondisi pasien, dokter berupaya memberikan pelayanan yang terbaik, memberikan tindakan maksimal untuk menyelamatkan jiwa pasien.

Keterbatasan waktu keluarga untuk berpikir. Keterbatasan waktu merupakan salah satu yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan. Dalam penelitian ini responden perawat mengemukakan keluarga memerlukan waktu dalam membuat keputusan, keluarga perlu waktu untuk berpikir sehingga pengambilan keputusan jangan di buru-buru agar setiap keputusan yang keluarga ambil sudah di persiapkan dengan baik dan tepat.

Keluarga belum siap kehilangan. Ketidaksiapan keluarga merupakan salah satu yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan DNR. Hasil dalam penelitian ini mengemukakan bahwa keluarga belum siap kehilangan.

Keyakinan terhadap adanya mujizat. Nilai dan keyakinan pasien ataupun keluarga merupakan sebagai salah satu aspek yang diperhatikan dalam pengambilan keputusan DNR. Dalam penelitian ini responden perawat mengungkapkan bahwa keluarga mengharapkan mujizat, dimana akan terjadi sesuatu ke arah yang lebih baik.

REFERENSI

- Afandi, D. (2017). Kaidah dasar bioetika dalam pengambilan keputusan klinis yang etis, *40*(2), 111–121. <https://doi.org/10.22338/mka.v40.i2.p111-121.2017>
- Almansour, I., Seymour, J. E., & Aubeeluck, A. (2019). Staff perception of obstacles and facilitators when providing end of life care in critical care units of two teaching hospitals: A survey design. *Intensive & Critical Care Nursing*, *53*, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.04.003>
- Amestiasih, T., & Nekada, C. D. Y. (2017). Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Do Not Resuscitation (Dnr) Dengan Sikap Merawat Pasien Di Icu Rsud Panembahan Senopati Bantul. *Jurna Keperawatan Respati Yogyakarta*, *4*(2), 138–141.
- Brogan, P., Hasson, F., & McIlfratrick, S. (2018). Shared decision-making at the end of life: A focus group study exploring the perceptions and experiences of multi-disciplinary healthcare professionals working in the home setting. *Palliative Medicine*, *32*(1), 123–132. <https://doi.org/10.1177/0269216317734434>
- Chevaux, F., Gagliano, M., Waeber, G., Marques-Vidal, P., & Schwab, M. (2015). Patients' characteristics associated with the decision of “do not attempt cardiopulmonary resuscitation” order in a Swiss hospital. *European Journal of Internal Medicine*, *26*(5), 311–316. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.04.003>
- Cook, I., Kirkup, A. L., Langham, L. J., Malik, M. A., Marlow, G., & Sammy, I. (2017). End of Life Care and Do Not Resuscitate Orders: How Much Does Age Influence Decision Making? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gerontology and Geriatric Medicine*, *3*, 233372141771342. <https://doi.org/10.1177/2333721417713422>
- ÇUVALCI, B., & HİNTİSTAN, S. (2017). Dnr Order and Elderly. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, *3*(December), 41–48. <https://doi.org/10.19127/mbsjohs.338904>
- Gibbs, A. J. O., Malyon, A. C., & Fritz, Z. B. M. (2016). Themes and variations: An exploratory international investigation into resuscitation decision-making. *Resuscitation*, *103*, 75–81. Retrieved from <http://10.03.248/j.resuscitation.2016.01.020>
- Huang, B. Y., Chen, H. P., Wang, Y., Deng, Y. T., Yi, T. W., & Jiang, Y. (2018). The do-not-resuscitate order for terminal cancer patients in mainland China. *Medicine (United States)*, *97*(18), 1–7. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010588>
- Jo, M., Yoo, Y. S., Knafl, G., Van Riper, M., Beeber, L., & Song, M. K. (2017). Family-Clinician Communication about End-of-Life Care in Korea: A Narrative Review. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *19*(6), 597–601. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000395>
- Krouwel, M., Jolly, K., & Greenfield, S. (2019). Comparing Skype (video calling) and in-person qualitative interview modes in a study of people with irritable bowel syndrome-an exploratory comparative analysis. *BMC Medical Research Methodology*, *19*(1), 1–9.

<https://doi.org/10.1186/s12874-019-0867-9>

- Kryworuchko, J., Strachan, P. H., Nouvet, E., Downar, J., & You, J. J. (2016). Factors influencing communication and decision-making about life-sustaining technology during serious illness: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(5), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010451>
- Li, T. Y. J., & Guo, W. (2015). Do Not Resuscitate Orders for Patients with Intracerebral Hemorrhage: Experience from a Chinese Tertiary Care Center, *100050*, 144–149. <https://doi.org/10.1159/000369792>
- Monterosso, L., Ross-Adjie, G. M., Rogers, I. R., Shearer, F. M., & Rogers, J. R. (2016). How Well Do We Understand Health Care Professionals' Perceptions and Needs in the Provision of Palliative Care? A Mixed Methods Study. *Journal of Palliative Medicine*, 19(7), 720–727. Retrieved from <http://10.0.4.65/jpm.2015.0421>
- Ose, M. I. (2017). Pengalaman Perawat IGD Merawat Pasien Do Not Resuscitate pada Fase Perawatan Menjelang Ajal. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(1), 32–39. <https://doi.org/10.7454/jki.v20i1.378>
- Roze, A. L., Sharma, N., Heyland, D. K., & You, J. J. (2015). Strategies for effective goals of care discussions and decision-making: perspectives from a multi-centre survey of Canadian hospital-based healthcare providers, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0035-x>
- Ruiz-Garcia, J., Diez-Villanueva, P., Ayesta, A., Bruña, V., Figueiras-Graillet, L. M., Gallego-Parra, L., ... Martínez-Sellés, M. (2016). End-of-life care in a cardiology department: Have we improved? *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(7), 587–592. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2016.07.012>
- Shatri, H., Putranto, R., Irawan, C., Adli, M., & Elita, D. (2019). Characteristics of Palliative Patients, Insights of Patients and Families, and the Impact of Estimated Survival Time on Therapy Decisions. *Acta Medica Indonesiana*, 51(2), 151–157.
- Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. J. M. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172–1179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>
- Virdun, C., Luckett, T., Davidson, P. M., & Phillips, J. (2015). Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. *Palliative Medicine*, 29(9), 774–796. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/0269216315583032>
- Afiyanti, Y dan Rachmawati, N.I. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*, edisi 1. Jakarta : Rajawali Pers
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. St Louis, MO

- American Nursing Association. (2016). Short Definitions Of Ethical Principles And Theories: Familiar Words, What Do They Mean. *Nursing World*
- American Society of Anesthesiologists (2014) Newsletter liability ethics. *Anesthesia* p: 78
- Arroba, T. 1998. Decision making by Chinese – US. *Journal of Social Psychology*. 38, hlm 102 – 116
- Association BM. Resuscitation Council (UK) and Royal College of Nursing (2007). Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: a joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. 2007
- Beach, L.R & Connolly, T. (2005) *The Psychology of Decision Making*. Thousand Oaks, California: Sage Publications
- Booker, K.J. (2015). End Of Life Concern. In *Critical Care Nursing: Monitoring And Treatment For Advanced Nursing Practice*. <http://doi.org/10.10002/9781118992845.cn12>
- Budiono & pertami, S.B. (2015). *Konsep Dasar keperawatan*. Jakarta; Bumi Medika
- Butler M. (2006) Dissatisfaction with do not attempt resuscitation orders: a nationwide study of Irish consultant physician practices. *Ir Med J* 2006;99:208–10
- Creswell, J. W. (2016). *Research Design Pendekatan Kualitatif. Kuantitatif dan Mixed*. Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Enggune, M., Ibrahim, K., Agustina, H.R., Bethesda, A. K., Keperawatan, F., & Padjadjaran, U. (n.d). *Persepsi Perawat Neurosurgical Critical care Unit Terhadap Perawatan Pasien Menjelang Ajal Nurses Perception Toward End Of Life Care*, (2 April 2013), 75-76
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnelly, J.H., & Konopaske, R, (2011). *Organizations: Behavior. Structure. Processes*. Fourteenth Edition. Published By Mcgraw-Hill. A Business Unit Of The Mcgraw-Hill Companies. Inc. 1221 Avenue Of The Americas. New York. Ny. 1002 isbn978-0-07-811266-9
- Gill, P., Stewart, K., treasure, E., & Chadwick, B. (2008). *Methods Of data Collection In Qualitative Research: Interviews And Focus Groups*. *British Dental Journal*, 204 (6), 291
- Giorgi, A. (2011). IPA And Science: A Response To Jonathan Smith. *Journal Of Phenomenological Psychology*, 42, 195-216
- Hamdani, (2018). *Teori Dan Praktik Pengambilan Keputusan*. Jakarta: Mitra Wacana Media
- Hanna P (2012) Using Internet technologies (such as Skype) as a research medium: a research note. *Qualitative Research* 12(2): 239–242.

- Hermien Hadiati Koeswadji (1984) *Hukum dan Masalah Medik*. Airlangga Surabaya
- Heyland, D. K., Ilan, R., Jiang, X., You, J. J., & Dodek, P. (2016). The prevalence of medical error related to end-of-life communication in Canadian hospitals: Results of a multicentre observational study. *BMJ Quality and Safety*, 25(9), 671–679. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004567>
- Kotler, Philip. 2003. *Manajemen Pemasaran*. Edisi Kesebelas. Jilid 1 dan 2. Jakarta : PT Indeks hlm 98
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & snyder, S. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses Dan Praktik*. (1st ed.). (E. Wahyuningsih D., Yulianti, Y. Yuningsih & A. Lusiana) Jakarta: EGC
- Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2010;81(10): 1445-51
- Mack, N. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*
- Madge C (2010) Internet mediated research. In: Clifford N, French S and Valentine G (eds) *Key Methods in Geography*. London: Sage, 173–188
- Madge C and O'Connor H (2004) Online methods in geography educational research. *Journal of Geography in Higher Education* 28(1): 143–152.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2007). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812/Menkes/SK/VII/2007 Tentang Kebijakan Perawatan Paliatif. <https://Palliative%20Care/Peraturan%20Depkes.pdf>
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2003). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 560/MENKES/SK/IV/2003 Tentang Kebijakan PerjanRumahSakit. <http://dinkes.surabaya.go.id/portal/files/kepmenkes/Kepmenkes%20560-MENKES-SK-IV-2003-Perjan%20RS.pdf>
- Moleong, L.J. (2016). *Metode Penelitian (Edisi Revisi)*. Penerbit PT. Remaja Rosda karya Bandung: Bandung, Jawa Barat
- Moordiningsih. (2010) *Tekanan Waktu Dalam Pengambilan Keputusan*. Konferensi Nasional Psi. Eksperimen-UGM
- Nasution, M.N. (2005). *Manajemen Mutu Terpadu* : Penerbit Ghalia Indonesia. Bogor
- Nursalam. (2013). *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba medika

- O'Connor H, Madge C, Shaw R, et al. (2008) Internet-based interviewing. In: Fielding N, Lee N and Blank G (eds) *The SAGE Handbook of Online Research Methods*. London: Sage, 271–289.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Hall, A., & Stockert, P. A. (2008). *Fundamentals Of Nursing*
- Polit & Beck. (2008) *Nursing Research: Generating And Assesing Evidence For Nursing Practice* Eight Edition. Lippincott Williams & Wilkins
- Polit DF & Beck CL. (2010). *Nursing Research: Princilple And Methods* 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Generalization In Quantutative And Qualitative Research: Myths And Strategies. *International Journal Of Nursing Studies*, 47 (11), 1451-1458
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Resource Manual For Nursing Research. Generating And Assessing Evidence: For Nursing Practice*. Ninth Edition. USA: Lippincoltt
- Potter & Perry. (2006). *Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4, alih bahasa Yasmin Asih, dkk. Jakarta: ECG
- Prosedur Kebijakan *Do Not Resuscitate* (DNR) di Rumah sakit Advent Bandung berdasarkan keputusan Direktur N0. 396/166/PER/DIR/RSAB/II/2015
- Ritchie, J., Lewis, J., Nocholls, C. M., & Ormston, R. (Eds). (2013). *Qualitative Research practice: A Guide For Social Science Students And Researchers*. Sage
- Sa'id AN, Mrayyan M. Do Not Resuscitate: An Argumentative Essay. *J Palliat Care Med*. 2016; 6: 254. DOI:10.4172/2165-7386.1000254
- Spiziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research In Nursing: Advancing The Humanistic Imperative*. 4th Edition edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
- Streubert H & Carpenter D. (2011). *Qualitative Research In Nursing: Advancing The Humanistic Imperative*. 4th edn, Lippincott William & Wilkins, Philadelphia
- Sugiyono, M. P. K., & R&D (2014). *Memahami Penelitian Kualitatif*, Bandung, CV. Alfabeta
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif*. Bandung: Alfaabeta.
- Suryani S, Welch A, & Cox L. (2016). The Aplication Of Colaiizi' Method In Conducing Research Across Two Language. *Malaysian Journal Of Psychiatric*, 25(1), 19-28
- Toha, M. (2008). *Perilaku Organisasi: Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28A

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran

UU Kemenkes Republik Indonesia no. 37 tahun 2014 Bab III pasal 14

UU Kemenkes Republik Indonesia no. 37 tahun 2014 Bab III pasal 15

Weinmann T, Thomas S, Brilmayer S, et al. (2012) Testing Skype as an interview method in epidemiologic research: response and feasibility. *International Journal of Public Health* 57(6): 959–961.

World Health Organization (WHO). Definition Of Palliative Care. Available online at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.